

Forventningar og krav til fastlegar og sjukehus

AV BJARNE BRÅTVEIT

Kravet til kvalitet i almenlegetenesta er aukande. Samstundes blir behandlinga stadig meir avansert, med potente legemiddel med mulighet for alvorlege biverknader og interaksjonar. Multifarmasi med fem til ti faste og like mange ved behov medisiner er ikkje uvanlig. For å unngå feilbehandling og sikre fornuftig ressursbruk, er det heilt avgjerande å ha dyktige fastlegar som tar ansvar for sine pasientar, som har oppdaterte, redigerte og oversiktlege journalar, og som samarbeidar godt med andrelinjetenesta. Fastlegeordninga gir eit godt organisatorisk grunnlag for å utvikle kvalitet og innhald i primærlegetenesta, men det faglege innhaldet må styrkjast, og samarbeidet med andrelinjetenesta må bli betre. Som primærlegar har me lett for å fokusere på kva me kan krevje av sjukehusa, men skal samarbeidet med andrelinjetenesta fungere, må det og være forutsigbart kva andrelinjetenesta (og pasientane) kan krevje og forvente av oss fastlegane. I denne samanhengen vil eg vise til punkt sju i NSAM sine sju teser for almenmedisin:

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørane i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov.

Myndighetskrav til journalføring

Ot prp nr 99 (1998–99 om Fastlegeordningen) seier mykje om ideologien bak fastlegeordninga. Her blir det peika på at oppdatert, redigert og oversiktlig journal er ein føresetnad for godt samarbeid med spesialisthelsetenesta og fornuftig ressursbruk, jamfør punkt 7.5.1

Bakgrunn: Et velfungerende helsevesen forutsetter godt samarbeid mellom den spesialiserte fylkeskommunale helsetjeneste og kommunehelsetjenesten. ... Fastlegen, eller den ansvarlig legen i gruppepraksisen (der det er felleslister) skal ha ansvar for planer for utredning og behandling, oversikt over tidligere undersøkelser og behandlinger samt oversikt over faste legemidler til personer tilknyttet listen. Slike kunnskaper om en definert pasientgruppe over tid vil være et viktig grunnlag for å avgjøre når og hvor pasienten skal henvises, og når pasienten mest sannsynlig ikke vil ha nytte av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Journalforskriftene set og tilsvarande krav:

Ansaret for å strukturere journalen innebærer en plikt til å strukturere journaler på forsvarlig vis. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for de som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, behandling og annen oppfølging av pasienten.



Bjarne Bråtvæit

Kommunelege/Praksiskonsulent kirurgisk og medisinsk avd. Haugesund sjukehus.

Henvisningsplikta

I Ot prp nr 99 foreslo Departementet at det innføres en henvisningsplikt. I den samanhengen sa Dnlf:

Norsk helsevesen har satset på en godt utbygget primærhelsetjeneste der allmennlegen er en portvokter eller portåpner for de pasienter som har behov for henvisninger til andre deler av vårt helsevesen. Ordningen er blitt opprettet i full forståelse mellom både praktiserende spesialister og allmennleger om at dette har vært en hensiktsmessig ressursutnyttelse både for pasienter og samfunnet. Legeforeningen går inn for en henvisningsordning.

Helsetilsynet sitt syn:

Helsetilsynet deler departementets oppfatning av at ved innføringen av en landsomfattende fastlegeordning legges grunnlaget for å innføre henvisningsplikt også til praktiserende spesialister i annenlinjetjenesten. Vi er imidlertid betenkt over at denne plikten samtidig ser ut til å bli uthult gjennom ordning med egenhenvisning.

Konsekvensar

Dette betyr at det er fagleg enighet om, og lovfesta krav om at fastlegane skal ha ein heilt sentral funksjon innan medisinsk utredning, henvising, behandling og oppfølging.

At fastlegen til ei kvar tid har ein oppdatert, oversiktlig og redigert journal med å jourført medisinsversikt er ikkje berre eit faglig ynskje, men eit krav. Fortløpande uredigerte journalnotat + elektronisk lagring av epikriser kan ikkje seiast å støtte kravet om «planer for utredning og behandling, oversikt over tidlige undersøkelser og behandlingar samt oversikt over faste legemidler», uansett kor gode kvart enkelt journalnotat er. Det er og eit krav at fastlegen skal koordinere medisinske utredningar. Tendensar til at pasientar blir henvist fram og tilbake innan spesialisthelsetenesta, og oppstart av «sjukepleiarpoliklinikk» som overtar almenlegefunksjon for visse pasientgrupper kan vere i strid med sentrale føringar om dette ikkje skjer i nært samarbeid med fastlegen.

Me må ta utgangspunkt i at både fastlegane og andrelinjetenesta utfører sine tenester i samsvar med dei føringane som er vist til ovanfor. Eg har prøvd å konkretisere dette med krav til fastlegane og andrelinjetenesta:

Krav til fastlegane

1. Fastlegen har ansvar for å ha redigert og fullstendig oversikt over dei utredningane og den behandlinga listepasientane har fått
2. Fastlegen har ansvar for å sjå til at pasientane får tilbod om skikkelig oppfølging og kontroll av behandlinga, uavhengig av kven som har starta opp behandlinga.
4. Fastlegane skal levere gode og utfyllande henvisingar som set sjukehuset i stand til å vurdere og prioritere behovet for spesialisthelseteneste med utgangspunkt i utredning/ behandling som alt er utført.
4. Når ein pasient blir innlagt sjukehus frå legevakt/ annan lege med mangelfulle bakgrunnsopplysingar, skal fastlegane fyrste ordinære arbeidsdag kunne gi sjukehuset nødvendige bakgrunnsopplysingar inkludert presise opplysingar om medisinsbruk
5. Fastlegen skal kontrollere medisinskriving ved utskriving og ta ansvar for at behandlinga blir fulgt opp som planlagt.
6. Fastlegen skal å jourføre/ oppdatere medisinsliste/ journal etter kontrollar hos spesialist.
7. Det er fastlegen som har ansvaret for behandlinga av kroniske sjukdomar som diabetes, hypertensjon, hjertesvikt osv, andrelinjetenesta er våre konsulentar.
8. Fastlegen og ikkje sjukehuset har ansvaret for å gi heim-sjukepleie/ andre kommunale institusjonar nødvendig informasjon om behandling/ kontroll, inkludert oppdaterte medisinslister uavhengig av kven som har endra behandlinga.
9. Legevaktslegane/ andre primærlegar skal informere fastlege med kopi av journalnotat ved alle kontaktar som fastlegen bør vere informert om.

Krav til sjukehusa

1. Når sjukehuset har mottatt henvising med relevante opplysingar er det sjukehuset sitt ansvar å gi pasienten nødvendig utredning/ behandling innan rimelig tid. Fastlegen skal ha tilbakemelding om denne inntaksvurderinga, jamfør pasientrettighetslova.
2. Fastlegen skal alltid ha mottatt epikrise når pasienten kjem til kontroll, og seinast innan ei veke etter utskriving.
3. Sjukehuset skal sende kopi av alle journalnotat frå polikliniske kontrollar ved alle avdelingar.
4. Sjukehuset skal gi fastlegen presise og fullstendige opplysingar om medikasjon og medisinsendringar, også for medisiner som blir styrt av spesialist (eks medisiner ved glaukom). Epikrise skal innehalde fullstendig og presise opplysingar om medikamentell behandling, og alle endringar/ seponering/ nye medisiner skal nemnast spesielt. Tidligere medikament som er utelatt frå medisinslista utan at det står at preparatet er seponert, eller doseendring utan at det er spesielt nevnt er «avvik», og skal sjekkast av fastlegen før endringa blir iverksatt.
5. Kontrollavtalar og anbefalt kontroll (hyppighet og innhald) skal vere med.
6. Like lite som fastlegen kan krevje at ein henvist pasient skal få time på sjukehuset innan eit gitt tidsrom, like lite kan sjukehuset bestemme at pasienten skal ha time eit bestemt tidspunkt. Det er fastlegen sitt ansvar å syte for nødvendig ktr/oppfølging i samsvar med vanleg aksepterte faglege retningslinjer. Til vanleg bør epikrise inneholde anbefaling om kontroll, og overlate innkalling til fastlegen. Ved behov for kontroll få dagar etter utskriving skal sjukehuset kontakte fastlegen for å avtale fyrste kontroll.
7. Epikrise skal innehalde nok informasjon til at fastlegen kan gi forsvarleg oppfølging. Eksempelvis er det nødvendig med opplysingar om INR-verdiar og Marevan-dose under sjukehusopphaldet for å kunne dosere Marevan forsvarleg etter utskriving.
8. Sjukehusa skal til vanleg ikkje endre på pasienten sine faste medisiner når dette ikkje er ein del av bestillinga for henvisinga/ opphaldet. Spesielt skal ikkje blodtryksmedisiner seponerast ved utskrivinga sjølv om pasienten har lågt blodtrykk under opphaldet («Alle» som ligg til sengs med infeksjonssjukdom eller etter ein operasjon får lågt blodtrykk.. Behovet for BT-behandling blir vurdert ut frå BT målt sitjande på kontoret når pasienten er «frisk», ikkje ut frå BT under sjukdom.)
9. Andrelinjetenesta er konsulentar/ utførarar for fastlegane sine bestillingar, ikkje overordna fastlegane. Det er fastlegane som skal ha styringa med behandlinga av kronikarane.

10. Diabetespoliklinikkar, astmaklinikkar, lærings- og mestringssentra og lignande må operere i nært samarbeid med fastlegen og ikkje overta som primærlege for pasienten. Berettigelsen av slike tilbod er diskutabel, tilbodet er stort sett tilgjengelig berre for dei som bur i sjukehuset sitt nærområde. Fyrst og fremst bør sjukehusa arbeide for å betre kompetansen i primærhelsetenesta slik at denne kan ta seg av desse kronikarane.

Problem/ forslag til tiltak

Skal almenlegetenesta fungere slik som skissert ovanom er det nødvendig at alle fastlegekontor er tilgjengelige alle arbeidsdagar året rundt. Større legesentra er det, og dei fleste fastlegane arbeidar i dag på legesentra. Men einlege-

praksisar vil være stengt inntill åtte veker årleg, og treng ikkje være open alle vekedagar. Alle har plikt til å ha vikar, men vikaren kan ha praksis ein annan stad utan tilgang på fastlegens journal. Utan tilgang til fastlegejournalen er et uråd for vikaren å fungere som fastlege i samsvar med desse krava. Det kan diskutast om dette er tilfredstillande ut frå myndighetskrava: Ved fråvær er vikaren pasientens fastlege, og har formelt same pliktene som ordinar fastlege til å ha ein oppdatert, redigert og oversiktlig journal. Etter mi meining bør det setjast krav til at alle fastlegane skal ha vikar som har tilgang til journalarkivet. Den beste løysinga er sjølvstøtt vikar på kontoret, men tekniske løysingar med oppkobling via sikre linjer er og mogeleg.



Forventninger til fastleger og sykehus

Jeg har hatt den glede å lese utkastene og diskutere med Bjarne Bråtveit under prosessen med skrivingen av artikkelen hans.

Journalskriving og å holde orden på journalen er en del av legearbeidet (faktisk meget pasientrettet). Journalføring er riktignok en plikt som helsepersonell har, men journalen er faktisk et meget viktig og velegnet verktøy til å kvalitetssikre utredningen og behandlingen av pasienten. Det er på denne bakgrunn Bjarne Bråtveits artikkel er viktig.

Lovverket (helsepersonell-loven kap. åtte og pasientjournalforskriften) gir en beskrivelse av hva journalen skal inneholde, men ikke hvordan journalen skal ordnes eller redigeres. Den legger til grunn funksjonskrav som «strukturert på forsvarlig vis», «lett tilgjengelig».

Det er vanlig praksis i forhold til helselovgivningen at fagmiljøene konkretiserer og operasjonaliserer lovens krav. Tidligere var det i tilsynsloven en passus som sa: «i samsvar med allment aksepterte faglige normer». Personlig beklauger jeg at dette ble tatt ut av loven, men juridisk faglig blir det hevdet at «faglig forsvarlighet» dekker dette godt nok. Det er fagmiljøene som til enhver tid definerer hva som er faglig forsvarlig praksis på ulike områder, og dette endrer seg over tid med ny kunnskap og teknologi, politiske prioriteringer og forventninger fra befolkningen.

Det er viktig og riktig at fagmiljøene utvikler faget og lager retningslinjer og stiller opp faglige krav og forventninger. Journalskriving og tilrettelegging for god og sikker kommunikasjon mellom ulike nivåer i helsetjenesten er en del av faget. Det kan godt være at det er uenighet og ulikt syn

på det som Bjarne Bråtveit trekker opp i artikkelen, men da vil det være viktig å få i gang en diskusjon med sikte på å finne ut hvor lista for faglig forsvarlighet skal ligge på dette området. Mange journaler som jeg leser i tilsynssaker, er så rotete og lite oversiktlige at en kan lure på hvordan legen kan ha oversikt over sykehistorie, diagnoser og behandling. Det er sannsynlig at dette i mange tilfeller kan være en trussel mot sikker pasientundersøkelse og behandling.

Det andre hovedpoenget til Bråtveit er hvordan en kan og skal tilrettelegge for en konstruktiv kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er viktig at det stilles krav til begge nivåer, og det er tydeligvis forbedringspotensialer både på innhold og form på henvisninger og epikriser. Kvalitetssvikt i helsetjenesten påvises oftest i samhandlingen mellom ulike helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten. Suboptimalt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er et globalt fenomen og ikke noe som bare finnes i vår hjemlige andedam.

WHO har satt opp «Lav risiko for skader» som ett av sine fem dimensjoner i kvalitetsdefinisjonen. Journalen er et viktig verktøy i bestrebelsen etter sikker pasientbehandling både i primær- og spesialistbehandlingen. Kommunikasjonen mellom ulike deler av helsetjenesten er likeledes avgjørende for at pasienten kan få sikker utredning og behandling. Her er store forbedringspotensialer

Målsetningen om en helsetjeneste som gir trygg pasientbehandling og lav risiko for skader skal vi alle være med på å fremme.

Ole Mathis Hetta, fylkeslege i Rogaland

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen og kommentaren? Inspirerer de deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com